|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

山梨大学大学院医工農学総合教育部修士課程生命医科学専攻

入学試験出願資格認定審査願

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | |
| 氏名（自署） |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | 年齢 |  |
| 選抜区分 | 一般選抜 | 社会人特別選抜 | | | |
| 希望する  指導教員 | 第1希望 | 第2希望 | | | |
| 学　　歴  （高等学校以降の  すべての学歴を  記入） | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | |  | | |
| 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | |  | | |
| 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | |  | | |
| 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | |  | | |
| 職　　歴 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | |  | | |
| 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | |  | | |
| 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | |  | | |
| 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | |  | | |
| 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | |  | | |
| 研究業績概要  （自身の研究業績の要約を記入) |  | | | | |
| 学会及び社会に  おける活動等 |  | | | | |
| 免許・資格 |  | | | | |
| 連　絡　先 | （〒　　　－　　　　）  電話：　　　　－　　　　－　　　　　　　　E-mail： | | | | |
| 注1．選抜区分：志望する選抜区分を〇で囲んでください。  注2．希望する指導教員：第1希望・第2希望と2名まで希望することが可能です。希望する指導教員全員と必ず連絡を取り、研究計  画等について打合せを十分行った上、記入してください。  注3．学歴：高等学校以降のすべての学歴を記入してください。（大学等で研究生として在学歴がある場合も記入してください。）  注4．職歴：職歴がある方は、「実務期間及び実務内容証明書（様式6）」を添付してください。  注5．研究業績概要：研究業績がある方は記入してください。記入欄が不足した場合は、別用紙を使用してください。  また、「研究業績調書（様式2）」及びその記載の内容を証明する書類（学術論文等の別刷、出版物、学会のプログ  ラム等（コピー可））を必ず添付してください。  注6．学会及び社会における活動等：学会の会員歴や社会活動歴を記入してください。  注7．連絡先：出願資格認定審査結果を確実に受信できるメールアドレスを記入してください。  注8．最終学歴の卒業(修了)証明書(見込みも含む)及び成績証明書を添付してください。  注9．※欄は記入しないでください。 | | | | | |